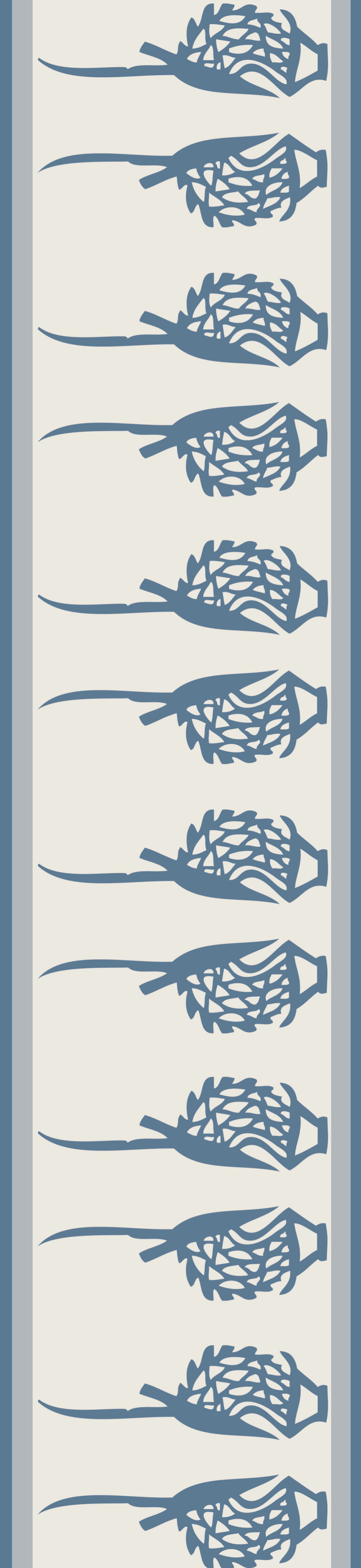


ANALYSE APPROFONDIE MALI

Pratique contraceptive et importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali, de 1995 à 2006

Analyses approfondies des Enquêtes Démographiques et de Santé au Mali, 1995-1996, 2001 et 2006

RÉPUBLIQUE DU MALI



Pratique contraceptive et importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali, de 1995 à 2006

Analyses approfondies des Enquêtes Démographiques et de Santé au Mali, 1995-1996, 2001 et 2006

Soumaïla Mariko

Mohamed Ayad

Rathavuth Hong

Oumou Kéïta

Mamadou Diop

Septembre 2009



Ce rapport présente les résultats des analyses approfondies qui sont effectuées dans le cadre des activités secondaires à mener après la publication des résultats du rapport principal des Enquêtes Démographiques et de Santé du Mali réalisées en 1995-1996, 2001, et 2006, avec l'assistance technique d'ICF Macro. L'étude a bénéficié de l'appui financier de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), par le biais de son programme MEASURE DHS, exécuté par ICF Macro. Ce rapport est l'œuvre des auteurs et ne représente pas nécessairement la politique de l'USAID ni celle des autres organismes de coopération.

Pour tous renseignements concernant le rapport, contactez : Cellule de Planification et de Statistique (CPS) : B.P. 232, Bamako, Mali. Téléphone (223) 223 27 25, Fax (223) 223 27 26. E-mail : cpssante@cpssantemali.org; ou Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) : B.P. 12, Bamako, Mali. Téléphone (223) 222 24 55, Fax (223) 222 71 45. E-mail : cnpemali@afribone.ml, Internet : http://www.dnsi.gov.ml. Concernant le programme MEASURE DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de : ICF Macro, 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA, Téléphone (301) 572-0200 ; Fax (301) 572-0999 ; E-mail : reports@macrointernational.com ; Internet : http://www.measuredhs.com.

Citation recommandée :

Mariko, Soumaila, Mohamed Ayad, Rathavuth Hong, Oumou Kéïta et Mamadou Diop. 2009. *Pratique contraceptive et importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali, de 1995 à 2006: Analyses approfondies des Enquêtes Démographiques et de Santé au Mali, 1995-1996, 2001 et 2006*. Rapports d'analyses approfondies des EDS No. 69. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et ICF Macro.

TABLE DES MATIÉRES

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

Tableaux

Graphiques

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient toutes les personnes, en particulier Monique Barrère et Bernard Barrère qui, par leurs commentaires, ont contribué à l'amélioration de cette étude. Nos remerciements s'adressent également à la Cellule de Planification de Statistique (CPS) du Ministère de la Santé et à la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique pour tous les efforts auxquels ils ont consentis pour mener à bien l'EDSM-IV 2006 et ses activités de disséminations, à l'Agence des États Unis pour le Développement International (USAID) pour son assistance financière, et à ICF Macro International, Calverton, MD, États-Unis pour son appui technique par le biais du programme MEASURE DHS (#GPO-C-00-03-00002-00).

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CAP	Connaissance, Attitude et Pratique
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDSM	Enquête Démographique et de Santé du Mali
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
PEV	Programme de Vaccination Élargi
PF	Planification familiale
SMI	Santé maternelle et Infantile
SSP	Soins de santé Primaire
UNFPA	Fonds des nations Unies pour la Population
Unicef	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

SOMMAIRE

Cette étude s'inscrit dans le cadre des analyses approfondies des résultats de l'Enquête Démographique et de Santé réalisée en 2006 au Mali (EDSM-IV). L'EDSM-IV est la quatrième enquête d'une série réalisée par la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé et par la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce, en collaboration avec l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP). Elle a bénéficié de l'assistance technique de Macro International et de l'appui financier de l'USAID, de l'Unicef, de l'UNFPA, de la Coopération Néerlandaise, de la Banque Mondiale et du Gouvernement Malien. Au cours de l'EDSM-IV, des questions ont été posées aux femmes de 15-49 ans concernant leur pratique et leurs opinions en matière de planification familiale. Ces résultats ont permis d'évaluer la prévalence contraceptive et d'estimer les besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali.

Les résultats des trois enquêtes Démographiques et de santé réalisées au Mali en 1995-1996, 2000 et 2006 (EDSM) ont mis en évidence la persistance de niveaux élevés de fécondité, d'une faible pratique contraceptive et d'une légère augmentation de l'importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence les facteurs qui sont, non seulement, ceux qui ont le plus d'impact sur le niveau des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali mais aussi ceux sur lesquels il est possible d'agir, de manière efficace, dans le cadre d'une bonne politique de population. En effet, l'une des priorités de cette étude est de contribuer à l'élaboration de programmes adéquats et appropriés dans le domaine de la planification familiale. Plus précisément, dans cette étude nous avons cherché à faire un bilan de la situation sur le plan de la pratique contraceptive et de l'importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali en étudiant non seulement les variations selon certaines caractéristiques des femmes, mais aussi les tendances, à partir des résultats des EDSM réalisées entre 1995-1996 et 2006 pour enfin dégager les facteurs qui affectent, de manière significative, l'importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, pour espacer et pour limiter les naissances, cela en utilisant la technique de l'analyse multivariée.

Les données utilisées sont celles des EDS du Mali de 1995-1996, de 2001 et de 2006 pour les analyses des tendances et facteurs de différenciation de la pratique contraceptive et de l'importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Les données de l'EDS du Mali de 2006 ont été utilisées pour analyser l'influence des facteurs déterminants de l'importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Deux catégories de variables ont été constituées pour cette analyse ; il s'agit des caractéristiques individuelles des femmes, parmi lesquelles l'âge, le nombre d'enfants, etc. et certaines caractéristiques du ménage et de la résidence.

Cette étude a mis en évidence la persistance d'une faible pratique contraceptive et d'écarts importants entre les deux milieux de résidence d'une part et entre la région de Bamako et le reste du pays. En effet, la comparaison des résultats des trois EDSM montre que le niveau de la pratique contraceptive chez les femmes en union est passé de 7 % en 1995-1996 à 8 % en 2001 et 2006. En outre, en 2006, la prévalence contraceptive était trois fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural, (15 % contre 5 %). Au niveau des régions, selon les résultats de l'EDSM 2006, 20 % des femmes utilisaient une méthode contraceptive contre 9 % dans les régions de Ségou et Koulikoro et un minimum de 2 % dans la région de Mopti. Enfin, quelle que soit l'enquête et quel que soit le milieu de résidence, les résultats montrent que l'utilisation de méthodes contraceptives a plutôt pour objectif l'espacement des naissances que la limitation. En particulier, l'utilisation de méthodes contraceptives pour limiter les naissances est restée extrêmement faible en milieu rural.

L’importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale varie de manière importante selon les caractéristiques des femmes. Cependant l’analyse a montré que l’âge de la femme et le nombre d’enfants constituaient des facteurs explicatifs significatifs du risque d’avoir des besoins non satisfaits en matière de planification familiale pour espacer les naissances. En outre, l’analyse a montré que les besoins non satisfaits, que ce soit pour espacer les naissances, ou que ce soit pour les limiter, est significativement associé avec le nombre d’enfants vivants de la femme.

1 INTRODUCTION

Les résultats des trois Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) effectuées au Mali de 1995-1996 à 2006 n'ont pas fait apparaître de variation importante, ni du niveau de la fécondité, ni de la prévalence contraceptive. En effet, le nombre moyen d'enfants par femmes est resté quasiment stable, passant de 6,7 en 1995-1996 à 6,8 en 2001 et à 6,6 en 2006. Cette persistance de la fécondité élevée est imputable aux comportements procréateurs des jeunes de 15-34 ans (5,1 enfants par femme en 2001 et en 2006). Au cours de la même période, la pratique contraceptive moderne chez les femmes en union demeurait faible, la prévalence passant de 5 % en 1995-1996 à 7 % en 2001 et à 6 % en 2006, cela malgré un niveau élevé de connaissance des méthodes contraceptives modernes. La non connaissance ne semble donc plus être un facteur explicatif des faibles niveaux de pratique de la contraception moderne. La question se pose alors de savoir si la demande en matière de maîtrise de la fécondité, la bonne connaissance[1], l'offre et l'accès réel à la contraception moderne en sont les causes ? Cette question revêt une importance particulière dans la mesure où le gouvernement et les partenaires au développement semblent avoir déployé d'énormes efforts en faveur de la santé maternelle et infantile et dans le domaine de la planification familiale.

Si la comparaison des données des EDS ne fait pas apparaître de changement en ce qui concerne le niveau de la fécondité et celui de la pratique contraceptive, il n'en est pas de même du suivi prénatal et de la couverture vaccinale. En effet, de 47 % en 1995-1996, la proportion de femmes ayant bénéficié d'un suivi prénatal pendant la grossesse est passée à 57 % en 2001 et à 70 % en 2006. La proportion d'enfants vaccinés contre toutes les maladies du PEV est, quant à elle, passée de 32 % en 1995-1996 à 29 % et à 48 % en 2006. Rappelons ici que depuis la déclaration de la conférence internationale d'Alma Ata en 1978 sur les soins de santé primaires et la réunion de Lusaka en 1985 sur le système de recouvrement des coûts et le sommet de Bamako en 1987 (Initiative de Bamako), le système sanitaire du Mali a connu plusieurs reformes visant l'amélioration de l'état de santé des populations en général, des femmes et des enfants en particulier. L'amélioration de ces deux indicateurs de santé est certainement à mettre au crédit de ces réformes. En outre, à la suite de l'Initiative de Bamako, les services de planification familiale ont été intégrés, dès 1988, aux soins de santé primaires (PEV/SSP) alors qu'en 1985, le Mali était encore classé dans la catégorie des pays dont l'effort en matière de programme de planification familiale était considéré comme «très faible ou non existant». Selon les résultats de l'EDSM-II (1996), six femmes en union sur dix vivaient à moins de cinq kilomètres d'un établissement de santé offrant des prestations de planification familiale (PF), cela avec toutefois d'importantes différences entre les villes et les campagnes.

Pour renforcer les actions déjà entreprises, les autorités du Mali cherchent actuellement à promouvoir une fécondité responsable, cela par l'adoption d'une stratégie globale de développement au sein de laquelle le «bien-être» des familles maliennes est une composante essentielle. Dans le domaine de l'éducation en matière de population et d'éducation à la vie familiale, plusieurs programmes ont vu le jour avec des fortunes diverses. Mais, on continue de constater encore que malgré une amélioration de la couverture en soins maternels et infantiles et une disponibilité plus grande des services de planification familiale, la pratique contraceptive reste faible. Or, plusieurs chercheurs estiment que, là où les besoins en santé maternelle et infantile sont largement couverts et la qualité des prestations des agents de santé adéquate, l'adoption de la contraception moderne devrait suivre dans une certaine mesure l'organisation des prestations de planification familiale dans les structures sanitaires (Mauldin et Ross, 1991 ; Leridon et Toulemon, 1996). Les résultats des trois EDSM, réalisées depuis 1995-96 laissent à penser que le Mali ne

[1] Dans son acception la plus déterminante pour la planification familiale, la bonne connaissance englobe non seulement la connaissance de l'existence d'une méthode mais aussi la connaissance de sa source d'approvisionnement, de ses avantages et de ses inconvénients, etc. Dans cette étude, seules seront retenues la connaissance des méthodes et la connaissance de leurs sources.

suit pas ce schéma. L'influence de facteurs socio culturels comme l'attitude des autres membres de la famille, notamment celle du mari et des parents, les normes religieuses, mais aussi d'autres facteurs comme un faible niveau de scolarisation et d'alphabétisation des femmes, leur type d'activité, la valeur accordée à l'enfant ne limiteraient-ils pas l'effet escompté des efforts déployés ? En effet, dans un environnement où les enfants décèdent en grand nombre, l'utilisation de la contraception est perçue par les femmes comme un obstacle au remplacement des enfants décédés. Dans ce contexte de niveau élevé de mortalité des enfants au Mali (238 ‰ en 1995-96, 229 ‰ en 2001 et 191 ‰ en 2006), il est plus important pour une femme de remplacer l'enfant décédé que de limiter le nombre de ses naissances et la non utilisation de la planification familiale apparaît comme un moyen d'augmenter les chances d'avoir des enfants survivants.

2 DONNÉES ET MÉTHODES

2.1 Concept et mesure des besoins non satisfaits

Plusieurs chercheurs ont cherché à estimer la demande potentielle totale en planification familiale. Cette demande correspond aux femmes qui utilisent actuellement la planification familiale (leurs besoins en PF sont satisfaits) et à celles qui auraient besoin d'utiliser la planification familiale mais qui ne l'utilisent pas (besoins non satisfaits). Le terme de besoins non satisfaits en planification familiale est un concept très courant depuis une trentaine d'années.

Le terme de «besoins non satisfaits» *(Unmet need)* a été utilisé dès les années 1970, par Stokes (1977) en référence aux résultats des études CAP conduites dans les pays en développement et à ceux des enquêtes de fécondité menées aux États-Unis. Selon Stokes, les grossesses mal planifiées et l'usage fréquent de l'avortement par tous les groupes sociaux indiquent un niveau de besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

En 1998, une première tentative d'estimation a été proposée par Charles Westof (Westoff, 1998). Il avait estimé les besoins non satisfaits pour limiter les naissances[2] à partir des données de l'enquête mondiale sur la fécondité de cinq pays d'Asie. Dans leur revue de littérature, Westoff et Pebley (1981) ont mentionné que près d'une dizaine de définitions existaient, de Stokes en 1977, à Nortman et Lewis en 1984 (Nortman et Lewis, 1984). Nortman et Lewis avaient cependant inclus dans leur définition, et pour la première fois, les femmes enceintes et celles en aménorrhée. Ils avaient également établi la distinction entre besoins pour espacer et besoins pour limiter.

Dans cette étude, nous retiendrons la définition standard utilisée dans les enquêtes du programme DHS et développée par Westoff. Selon cette définition, les femmes en union qui n'utilisent aucune méthode de contraception, qui ne sont pas inféconds et qui ne sont pas actuellement enceintes et qui ne veulent plus d'enfants ou qui désirent attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance, constituent la population ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. On inclut dans cette mesure, les femmes enceintes ou en aménorrhée dont la dernière grossesse ou la grossesse actuelle était mal planifiée ou non désirée (Zguiouar, 1999).

Il faut noter que cette définition standard des besoins non satisfaits a été critiquée, à maintes reprises, au cours des dernières années par Dixon-Mueller et Germain (Dixon-Mueller et Germain, 1992) et plus tard par Pritchett (Pritchett, 1994). Selon Dixon-Mueller et Germain, la définition standard des besoins non satisfaits n'inclut pas toutes les dimensions des besoins non satisfaits en matière de PF, telles que les femmes qui ne sont pas mariées, celles qui utilisent des méthodes inefficaces, les femmes dont la dernière grossesse est la conséquence de l'échec de la méthode, et celles qui utilisent l'avortement pour éviter une grossesse non désirée. Mais, il se pourrait que des femmes considérées comme ayant des besoins non satisfaits parce qu'elles ont eu recours à l'avortement, déclarent néanmoins qu'elles n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception. Dans ce cas, pour ces femmes, les besoins non satisfaits seraient plutôt des besoins dictés par le contexte de planification familiale que des besoins réellement exprimés. Par la suite, certaines études ont préféré le terme de «demande potentielle» que «besoins non satisfaits», (Pritchett, 1994).

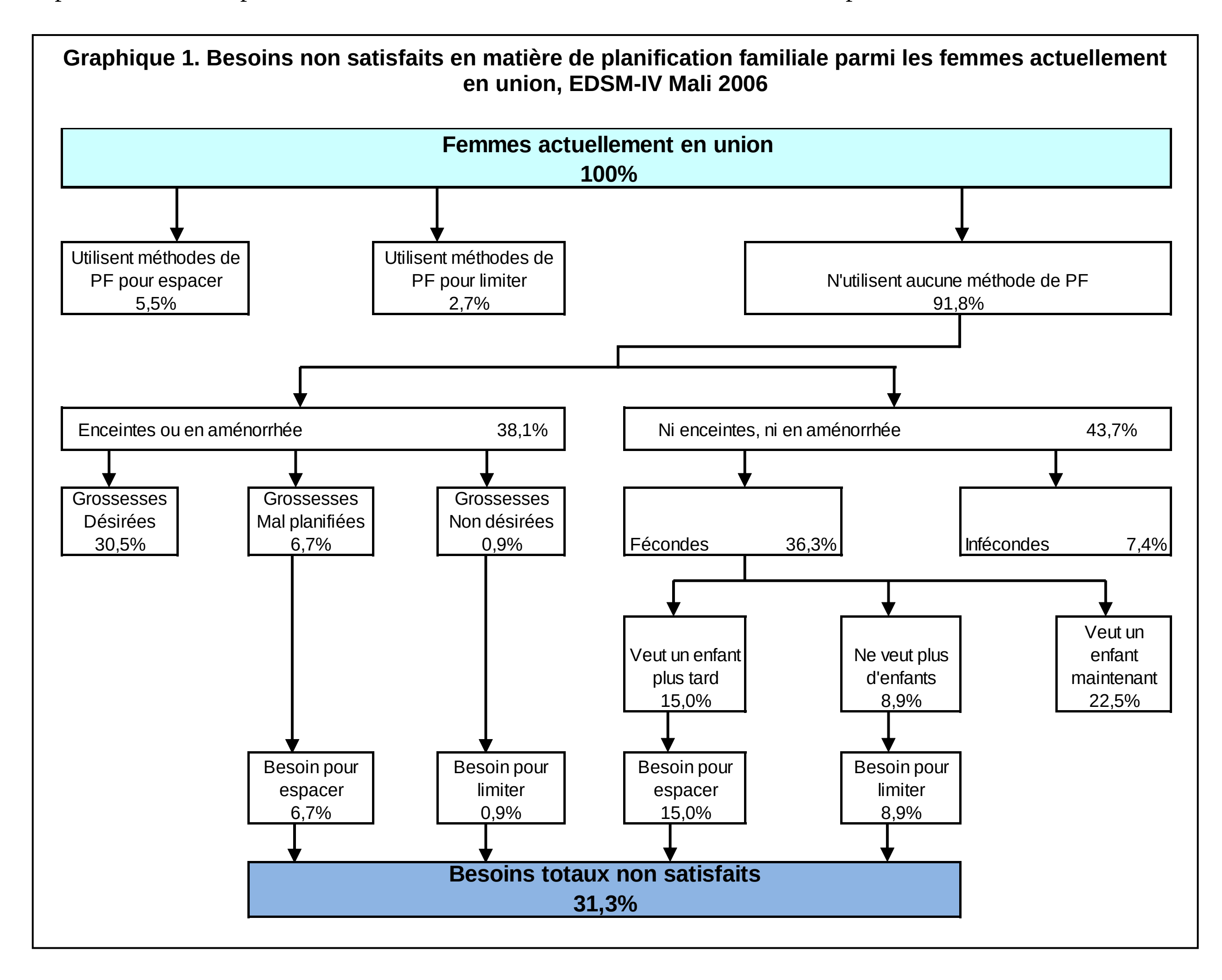
---

[2] Le questionnaire de l'enquête mondiale sur la fécondité n'avait pas collecté de données sur le désir des femmes pour espacer les naissances. En outre, les femmes enceintes ou en aménorrhée étaient exclues dans l'estimation des besoins non satisfaits parce qu'elles étaient considérées comme n'étant pas susceptibles d'avoir des besoins pour la pratique de la contraception.

La mesure des besoins non satisfaits basée sur les intentions des femmes est très variable (Westoff et Bankolé, 1995). Le concept d'intention est lui-même basé sur la motivation des femmes n'utilisant pas actuellement la contraception et qui ont exprimé le désir d'espacer la prochaine naissance ou de ne plus avoir d'enfants, cette motivation pouvant être forte mais aussi faible. Par exemple, les questions des attitudes vis-à-vis de la procréation ne permettent pas de saisir l'effet des pressions sociales ou des attitudes des autres membres de la famille, en particulier du mari. Ces personnes peuvent avoir une grande influence sur les décisions en matière de reproduction. En outre, les données sur les intentions sont recueillies à partir d'un échantillon de femmes qui sont à différents moments de leur vie féconde. Ainsi, pour les femmes en début de mariage, leurs réponses sont liées à des objectifs à long terme dont la stabilité et la valeur prédictive sont inconnues. Par contre, pour celles en fin de vie féconde, les réponses sont influencées par leur histoire génésique.

Cependant, malgré ces problèmes de définition, il n'y a aucun doute que cet indicateur est très important et, en même temps, très utile pour les responsables des programmes de population. En effet, il permet de mieux comprendre les forces qui affectent les niveaux de la reproduction ainsi que les aspirations des couples à réaliser leurs souhaits et besoins en matière de reproduction.

Graphique 1. Besoins non satisfaits en matière de planification familiale parmi les femmes actuellement en union, EDSM-IV Mali 2006



2.2 Sources des données

Les données présentées dans cette étude proviennent principalement, des trois Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) effectuées au Mali de 1995-1996, 2001 et 2006 menées par la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé et la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce.

Les données des EDSM de 1995-1996, 2001, et 2006 sont utilisées pour estimer et décrire les niveaux et tendances de la pratique contraceptive et des besoins non satisfaits au Mali et pour présenter les différentiels des niveaux des besoins non satisfaits, en fonction des besoins pour espacer et des besoins pour limiter, selon les milieu urbain rural et les régions du Mali.

Les données de l'EDSM 2006 sont, quant à elles, utilisées pour évaluer les déterminants associés aux besoins non satisfaits, séparément par besoins pour espacer et besoins pour limiter. Parmi les variables qui déterminent l'importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, nous avons retenu dans cette étude, certaines caractéristiques des femmes, comme l'âge, le niveau d'instruction, le nombre d'enfants vivants, l'emploi actuel, l'exposition au média, la discussion concernant la planification familiale avec le partenaire, les messages sur la planification familiale dans les médias et la religion. En plus de ces variables, nous estimons que certaines caractéristiques du ménage et de la résidence déterminent, elles aussi, le niveau de ces besoins non satisfaits en méthodes de planification familiale.

3 NIVEAUX ET TENDANCES DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE ET DES BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE AU MALI DE 1995 À 2006

3.1 Niveaux et variations de la pratique contraceptive au Mali

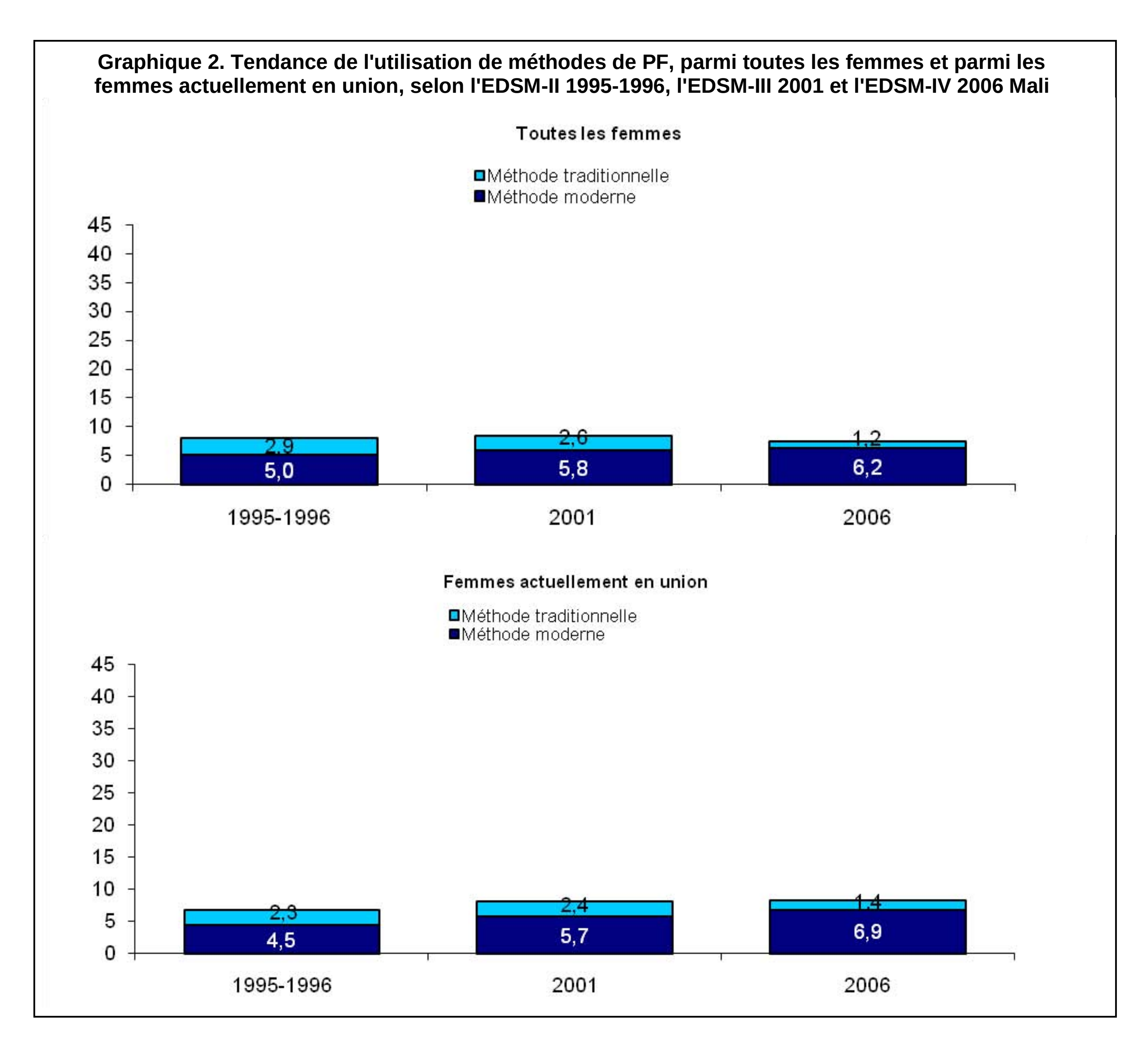
Le tableau 1 fournit la prévalence contraceptive actuelle, c'est-à-dire la proportion de femmes qui utilisaient une méthode de contraception au moment de l'enquête. Les résultats sont présentés pour plusieurs sous-groupes de femmes et selon les trois EDSM.

Tableau 1. Besoins non satisfaits en matière de planification familiale, selon l'EDSM-II 1995-1996, l'EDSM-III 2001 et l'EDSM-IV 2006, Mali

	Besoins non satisfaits[1]			Utilisation actuelle de méthodes de PF								
Caractéristique/ Année d'enquête	Ensemble	Pour l'espacement	Pour la limitation	Ensemble	Pour l'espacement	Pour la limitation	Demande totale	Pourcentage de demande totale satisfaite	Besoins non satisfaits en méthodes modernes	Utilisation actuelle de méthodes modernes	Pourcentage de demande en méthodes modernes satisfaite	Effectif
Ensemble												
1996	22,8	17,9	4,8	7,9	5,7	2,2	30,7	25,8	25,6	5,0	16,4	9 704
2001	25,1	18,6	6,5	8,4	5,7	2,8	33,5	25,1	27,7	5,8	17,4	12 849
2006	26,8	18,5	8,4	7,5	5,1	2,4	34,3	21,8	28,0	6,2	18,2	14 583
Célibataires												
1996	7,1	7,0	0,2	15,1	14,7	0,4	22,2	68,0	14,3	7,9	35,6	1 245
2001	8,2	7,8	0,4	9,5	8,2	1,3	17,7	53,8	12,2	5,5	30,9	1 730
2006	1,8	1,8	0,0	2,7	2,4	0,2	4,5	59,8	2,4	2,1	46,7	1 726
Actuellement en union												
1996	25,7	20,1	5,7	6,7	4,3	2,5	32,5	20,7	28,0	4,5	13,8	8 222
2001	28,5	20,9	7,6	8,1	5,1	3,0	36,6	22,1	30,8	5,7	15,7	10 723
2006	31,3	21,5	9,8	8,2	5,5	2,7	39,5	20,8	32,7	6,9	17,4	12 365
Veuves/divorcées/séparées												
1996	2,2	1,9	0,4	11,3	8,5	2,8	13,5	83,5	4,2	9,3	68,7	237
2001	5,7	3,9	1,8	13,3	11,1	2,2	19,0	69,9	8,9	10,1	53,2	395
2006	3,2	2,1	1,1	4,9	3,5	1,4	8,1	60,1	3,6	4,5	55,3	491
Ensemble des femmes sexuellement actives												
1996	24,8	19,7	5,1	9,2	6,4	2,8	34,0	27,1	27,7	6,3	18,6	6 021
2001	27,7	20,3	7,4	10,0	6,8	3,2	37,7	26,5	30,4	7,3	19,2	8 088
2006	29,4	19,5	10,0	9,2	6,2	3,0	38,7	23,9	30,9	7,8	20,2	9 370
Célibataires sexuellement actives												
1996	40,1	39,2	0,9	42,8	41,4	1,5	82,9	51,7	56,2	26,7	32,2	221
2001	58,1	55,2	2,8	29,4	24,6	4,8	87,5	33,6	68,0	19,5	22,3	243
2006	42,9	42,9	0,0	38,5	34,7	3,8	81,4	47,3	50,4	31,0	38,1	72

En 2001, la MAMA était classée dans les méthodes traditionnelles. Par contre, en 2006, elle a été considérée comme faisant partie des méthodes modernes. Dans cette analyse, elle a été classée dans les méthodes modernes et, de ce fait, les données des enquêtes sont comparables .

On constate, dans l'ensemble que 7 % des femmes utilisaient en 2006 une méthode contraceptive ; 5 % d'entre elles avaient recours à une méthode pour espacer les naissances et 2 % en utilisaient une pour limiter leur descendance. La prévalence contraceptive des femmes en union n'est guère différente de celle de l'ensemble des femmes puisque 8 % des femmes en union utilisaient une méthode contraceptive, dont 6 % pour espacer les naissances et 3 % pour les limiter. En outre, la comparaison avec les résultats des enquêtes précédentes ne fait apparaître aucun changement important dans le niveau de la pratique contraceptive puisque en 1995-1996, 7 % des femmes en union utilisaient une méthode contre 8 % en 2001 et 2006 (Graphique 2).



Graphique 2. Tendance de l'utilisation de méthodes de PF, parmi toutes les femmes et parmi les femmes actuellement en union, selon l'EDSM-II 1995-1996, l'EDSM-III 2001 et l'EDSM-IV 2006 Mali

Le tableau 2 présente les tendances de l'utilisation contraceptive parmi les femmes en union de 1995-1996 à 2006, selon le milieu de résidence. Que ce soit en milieu urbain ou rural, les résultats ne font pas apparaître de changements importants avec le temps. On ne note pas d'amélioration importante en milieu rural, la prévalence étant passée de 3 % en 1995-1996 à 5 % en 2001 et à 5 % en 2006. En milieu urbain, la prévalence est plus élevée et on note certaines fluctuations, le taux d'utilisation étant passé de 16 % en 1995-1996 à 18 % en 2001 et à 15 % en 2006. Quelle que soit l'enquête, les résultats mettent en évidence un écart important du niveau d'utilisation entre les deux milieux de résidence ; en 2006, la prévalence contraceptive était trois fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural, (15 % contre 5 %). En outre, quelle que soit l'enquête et quel que soit le milieu de résidence, les résultats montrent que l'utilisation de méthodes contraceptives a plutôt pour objectif l'espacement des naissances que la limitation : en 1996, 10 % des femmes urbaines utilisaient une méthode pour espacer contre 6 % pour limiter. En 2006, ces proportions sont de 11 % et de 5 %. En milieu rural, en 1996, 2 % des femmes avaient recours à la planification familiale pour espacer et 1 % pour limiter. En 2006, ces proportions sont respectivement de 3 % et de 2 %. Le taux d'utilisation actuelle de la contraception pour limiter n'a donc pratiquement pas varié et il est resté particulièrement faible en milieu rural (de 1 % en 1995-1996 à 2 % en 2006) ; en milieu urbain, il varie entre 5 % et 6 %.

Tableau 2. Tendance des besoins en matière de planification familiale parmi les femmes actuellement en union, selon le milieu de résidence, EDSM-II 1995-1996, EDSM-III 2001 et EDSM-IV 2006 Mali

Besoins en méthodes de PF	Année d'enquête		
	1995-1996	2001	2006
Besoins non satisfaits			
Ensemble	*25,7*	*28,5*	*31,2*
Urbain	27,0	31,4	32,4
Rural	25,3	27,6	30,7
Pour l'espacement	*20,1*	*20,9*	*21,4*
Urbain	20,0	22,3	25,3
Rural	20,1	20,4	19,7
Pour la limitation	*5,7*	*7,6*	*9,8*
Urbain	7,0	9,0	7,1
Rural	5,2	7,2	11,0
Utilisation actuelle			
Ensemble	*6,7*	*8,1*	*8,2*
Urbain	16,2	17,9	15,2
Rural	3,3	4,9	5,1
Pour l'espacement	*4,3*	*5,1*	*5,5*
Urbain	9,8	11,4	10,6
Rural	2,3	3,0	3,3
Pour la limitation	*2,5*	*3,0*	*2,7*
Urbain	6,4	6,4	4,7
Rural	1,0	1,9	1,9
Pourcentage de demande totale satisfaite			
Ensemble	*20,7*	*22,1*	*20,9*
Urbain	37,5	36,3	32,0
Rural	11,6	15,1	14,3

Le pourcentage de demande totale satisfaite des femmes en union (tableau 2), a diminué en milieu urbain, passant de 38 % en 1995-1996 à 36 % en 2001 et à 32 % en 2006. En milieu rural, on note la tendance inverse entre 1995-1996 et 2001, le pourcentage étant passé de 12 % à 15 % en 2001 ; entre 2001 et 2006 le niveau n'a quasiment pas varié (15 % contre 14 %).

Le tableau 3 présente les variations de l'utilisation actuelle de méthodes de contraception selon la région, de 1995-1996 à 2006. Quelle que soit l'enquête, on note un écart important entre Bamako et les autres régions. En 2006, globalement, 20 % des femmes utilisaient une méthode contraceptive contre 9 % dans les régions de Ségou et Koulikoro et un minimum de 2 % dans la région de Mopti. En outre, on note cet écart entre Bamako et les autres régions, quel que soit l'objectif recherché, la limitation ou l'espacement des naissances : en 2006, 14 % des femmes de la région de Bamako utilisaient une méthode contraceptive pour espacer contre un minimum de 2 % dans la région de Mopti. Les proportions de

femmes utilisatrices pour limiter sont beaucoup plus faibles et elles sont estimées à respectivement 5 % contre 0,3 %. Les régions de Mopti, Tombouctou/Kidal et Gao se caractérisent par les niveaux les plus faibles de pratique contraceptive (moins de 1 %), que ce soit pour espacer ou pour limiter les naissances. Par contre, les régions de Koulikoro et Ségou présentent, loin derrière celle de Bamako, les niveaux d'utilisation de méthodes les plus élevés pour limiter les naissances (6 % en 2006). En outre, quelle que soit la région, l'utilisation actuelle de méthode de planification familiale est principalement induite par un besoin d'espacement des naissances plutôt que de limitation de la descendance.

En ce qui concerne les tendances de la prévalence par région, les résultats montrent une légère augmentation de la proportion de femmes utilisatrices de la planification familiale dans les régions de Koulikoro (de 7 % en 1995-1996 à 9 % en 2006), de Sikasso, (de 4 % à 7 %) et de Ségou, (de 5 % à 9 %). La pratique contraceptive pour espacer les naissances n'a augmenté que dans la seule région de Ségou (de 3 % à 6 %). Partout ailleurs, y compris dans la région de Bamako, la proportion d'utilisatrices de méthodes contraceptives dont l'objectif est d'espacer les naissances a baissé ou est resté quasiment stable. En ce qui concerne l'utilisation de la planification familiale pour limiter les naissances, les résultats font apparaître une augmentation dans la région de Kayes (de 1 % à 4 %).

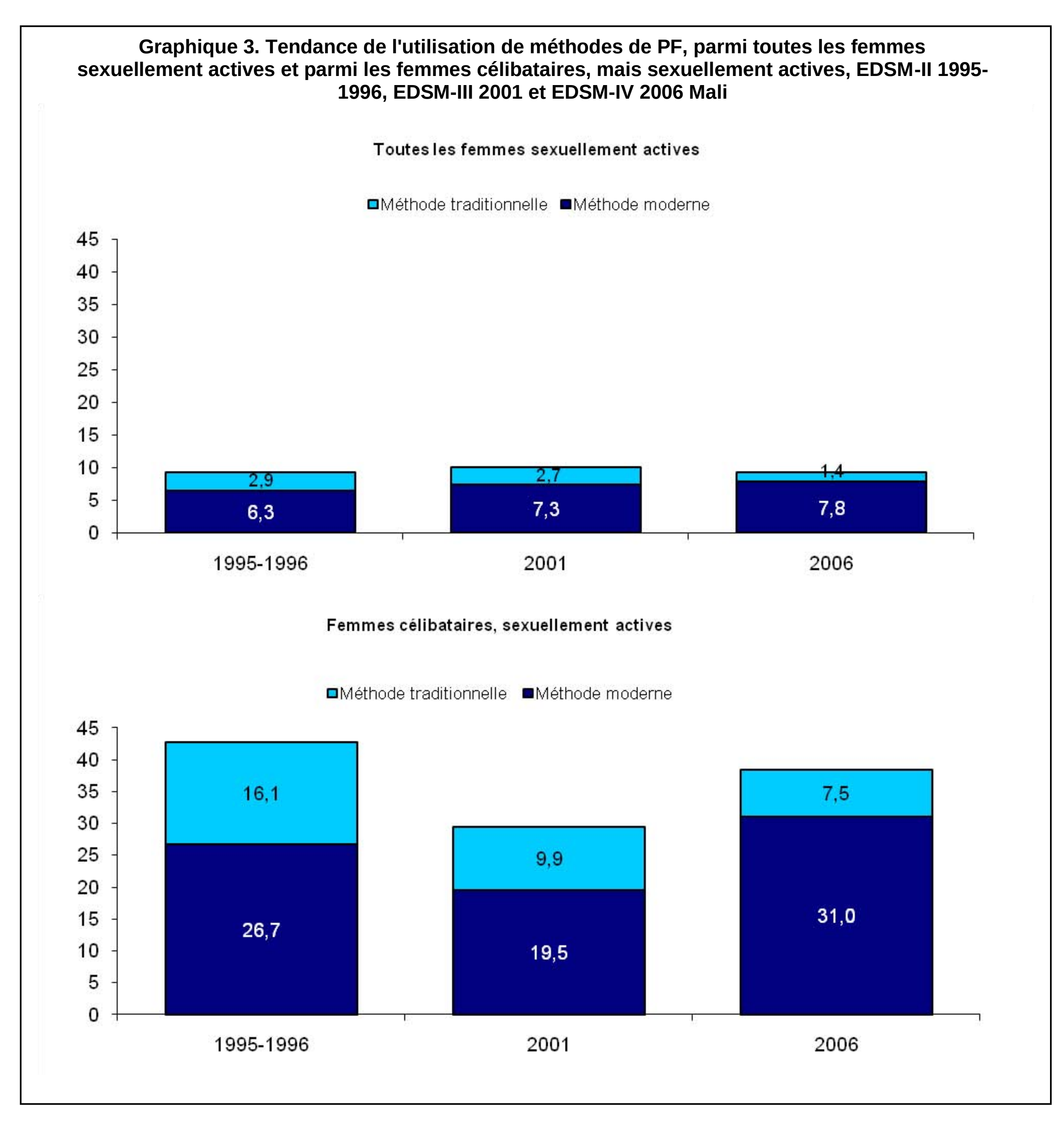
Tableau 3. Tendance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, parmi les femmes actuellement en union, selon la région, EDSM-II 1995-1996, EDSM-III 2001 et EDSM-IV 2006 Mali

Besoins en méthodes de PF	Année d'enquête 1995-1996	2001	2006	Besoins en méthodes de PF	Année d'enquête 1995-1996	2001	2006
Besoins non satisfaits				**Utilisation actuelle**			
Ensemble	*25,7*	*28,5*	*31,2*	*Ensemble*	*6,7*	*8,1*	*8,2*
Kayes	21,0	33,4	25,8	Kayes	4,9	6,1	6,2
Koulikoro	31,2	33,9	36,3	Koulikoro	6,5	7,0	8,9
Sikasso	30,6	30,4	33,2	Sikasso	4,4	6,5	6,6
Ségou	23,1	22,4	33,1	Ségou	5,0	7,3	9,4
Mopti	20,2	20,7	24,8	Mopti	2,6	3,5	2,2
Tombouctou/Kidal	32,1	24,8	16,6	Tombouctou/Kidal	5,8	5,0	4,9
Gao	26,5	14,8	34,1	Gao	5,4	1,8	5,1
Bamako	27,3	33,5	37,6	Bamako	23,4	23,5	19,6
Pour l'espacement	*20,1*	*20,9*	*21,4*	*Pour l'espacement*	*4,3*	*5,1*	*5,5*
Kayes	16,3	25,7	14,6	Kayes	3,4	3,1	2,6
Koulikoro	24,4	24,2	22,6	Koulikoro	3,8	3,8	5,6
Sikasso	23,3	22,2	21,1	Sikasso	3,3	3,9	4,2
Ségou	17,9	15,5	23,2	Ségou	3,1	5,4	6,3
Mopti	17,4	16,0	19,3	Mopti	1,5	2,7	1,9
Tombouctou/Kidal	25,6	15,9	13,0	Tombouctou/Kidal	3,2	4,4	4,0
Gao	23,0	13,0	25,0	Gao	4,6	1,0	4,4
Bamako	19,9	24,4	30,3	Bamako	14,5	14,7	14,3
Pour la limitation	*5,7*	*7,6*	*9,8*	*Pour la limitation*	*2,5*	*3,0*	*2,7*
Kayes	4,7	7,7	11,2	Kayes	1,4	2,9	3,5
Koulikoro	6,9	9,7	13,7	Koulikoro	2,8	3,2	3,3
Sikasso	7,3	8,2	12,2	Sikasso	1,2	2,7	2,4
Ségou	5,2	6,9	9,9	Ségou	1,9	1,9	3,1
Mopti	2,8	4,7	5,5	Mopti	1,1	0,9	0,3
Tombouctou/Kidal	6,4	8,9	3,7	Tombouctou/Kidal	2,6	0,6	0,9
Gao	3,5	1,8	9,1	Gao	0,8	0,8	0,7
Bamako	7,4	9,1	7,3	Bamako	8,8	8,8	5,3

Besoins en contraception	Année d'enquête 1995-1996	2001	2006
Pourcentage de demande totale satisfaite			
Ensemble	*20,7*	*22,1*	*20,9*
Kayes	18,8	15,4	19,2
Koulikoro	17,3	17,1	19,6
Sikasso	12,7	17,7	16,5
Ségou	17,8	24,6	22,2
Mopti	11,2	14,6	8,1
Tombouctou/Kidal	15,3	16,7	22,7
Gao	16,8	11,0	13,0
Bamako	46,1	41,2	34,3

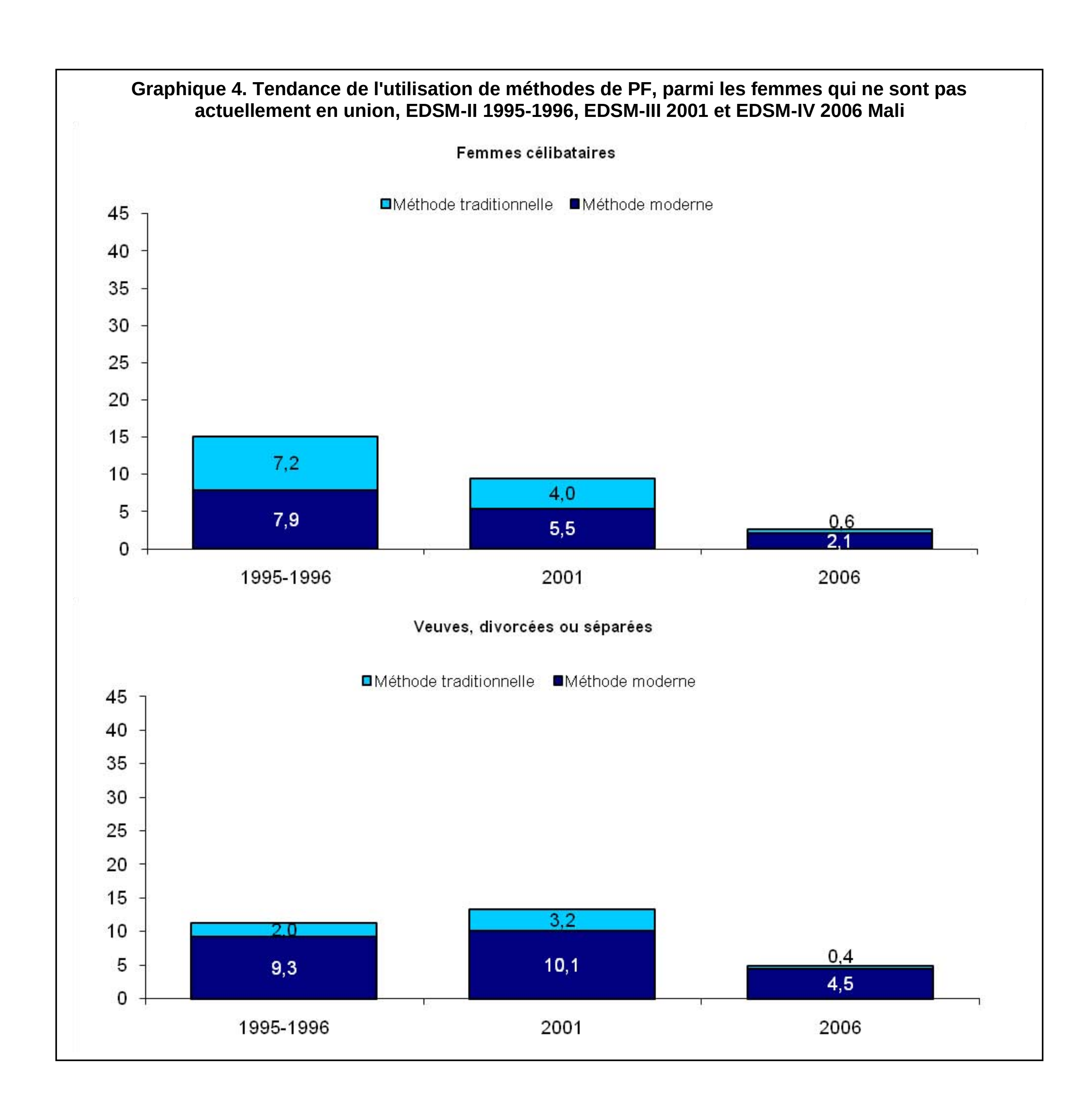
Par ailleurs, les renseignements recueillis au cours des EDSM permettent aussi l'analyse de la prévalence contraceptive pour certains sous-groupes de femmes, comme les femmes sexuellement actives, les célibataires sexuellement actives et les femmes en rupture d'union. Selon les résultats de l'enquête de 2006, on note que la pratique contraceptive est plus fréquente parmi les célibataires et les

femmes en rupture d'union que parmi l'ensemble des femmes sexuellement actives. En particulier, c'est parmi les célibataires sexuellement actives que le niveau d'utilisation contraceptive est le plus élevé. En effet, parmi ces femmes, la prévalence était estimée en 1995-1996 à 43 % contre 29 % en 2001 et 39 % en 2006 (graphique 3).



Graphique 3. Tendance de l'utilisation de méthodes de PF, parmi toutes les femmes sexuellement actives et parmi les femmes célibataires, mais sexuellement actives, EDSM-II 1995-1996, EDSM-III 2001 et EDSM-IV 2006 Mali

Cependant, la comparaison des résultats entre les trois enquêtes montre que la prévalence contraceptive chez les femmes célibataires a baissé, passant de 15 % en 1995-1996 à 10 % en 2001, pour atteindre seulement 3 % en 2006. Chez les femmes en rupture d'union, on note une légère augmentation entre 1995-1996 et 2001 (de 11 % à 13 %), puis une diminution en 2006 (5 %) (graphique 4).

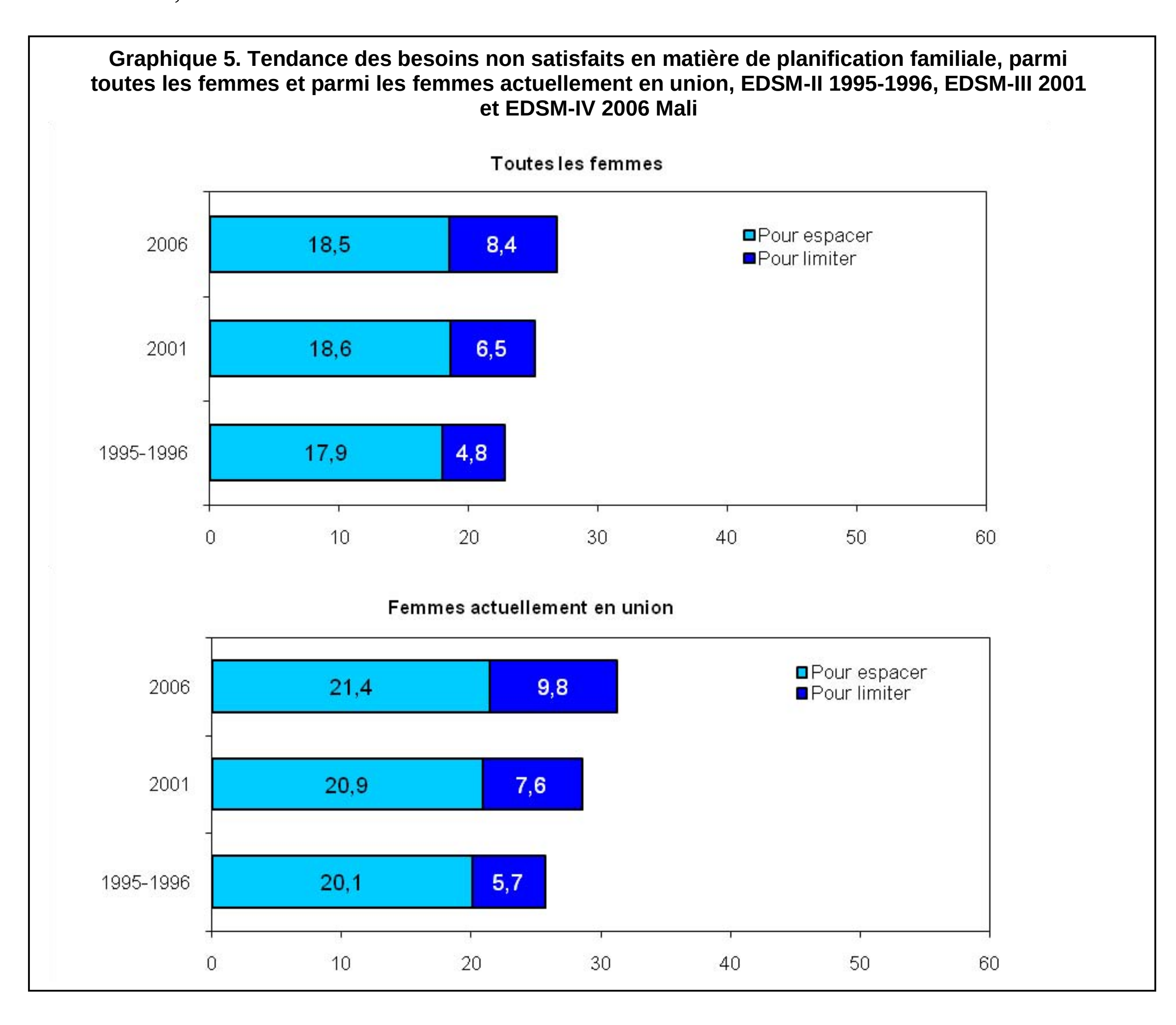

Graphique 4. Tendance de l'utilisation de méthodes de PF, parmi les femmes qui ne sont pas actuellement en union, EDSM-II 1995-1996, EDSM-III 2001 et EDSM-IV 2006 Mali
Femmes célibataires
Méthode traditionnelle
Méthode moderne
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
7,2
7,9
4,0
5,5
0,6
2,1
1995-1996
2001
2006
Veuves, divorcées ou séparées
Méthode traditionnelle
Méthode moderne
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
2,0
9,3
3,2
10,1
0,4
4,5
1995-1996
2001
2006

3.2 Niveaux et variations des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali

Le tableau 1 présente aussi les tendances des besoins non satisfaits pour les femmes selon les résultats des trois EDSM. On constate que le niveau des besoins non satisfaits était encore élevé en 2006 puisque près d'une femme en union sur trois (31 %) en avait exprimé le besoin (tableau 1). La majorité de ces femmes en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale essentiellement pour espacer leurs naissances (21 % contre seulement 10 % pour limiter leur descendance). À l'opposé, les besoins satisfaits en matière de planification familiale (utilisation actuelle) sont estimés à 8 % dont 6 % pour l'espacement des naissances et 3 % pour la limitation. Par conséquent, la demande potentielle totale en matière de planification familiale pour les femmes en union est évaluée à près de 40 %. Le pourcentage de demande de méthodes modernes, quant à lui, est toutefois assez faible : 17 %, avec une prévalence des méthodes modernes de 7 % seulement.

La comparaison des résultats des trois dernières EDSM montre que le niveau des besoins non satisfaits en matière de planification familiale de l'ensemble des femmes maliennes a légèrement augmenté au cours de ces dix dernières années (graphique 5). En effet, la proportion est passée de 23 % en 1995-1996, à 25 % en 2001 et à 27 % en 2006.

Graphique 5. Tendance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, parmi toutes les femmes et parmi les femmes actuellement en union, EDSM-II 1995-1996, EDSM-III 2001 et EDSM-IV 2006 Mali



Par ailleurs, on constate que parmi les femmes en union, le niveau des besoins non satisfaits en matière de planification familiale a lui aussi augmenté, dans environ les mêmes proportions que celles observées pour l'ensemble des femmes (graphique 5 et tableau 3). La proportion des besoins non satisfaits chez les femmes en union est passée de 26 % en 1995-1996 à 29 % en 2001 et à 31 % en 2006.

Les résultats selon le milieu de résidence ne font pas apparaître d'écart important entre les milieux urbain et rural, la proportion de femmes en union ayant des besoins non satisfaits étant pratiquement identique (32 % contre 31 %) (tableau 5). Du fait qu'en milieu rural, les femmes utilisent beaucoup moins les méthodes contraceptives, la demande totale satisfaite pour les services de planification familiale en 2006 est beaucoup plus importante en milieu urbain (32 %) qu'en milieu rural (14 %). Les besoins pour l'espacement sont toujours nettement plus importants que ceux pour la limitation, aussi bien en zones urbaines que rurales. Comparativement aux niveaux observés à l'EDSM-II de 1995-1996 et l'EDSM-III de 2001, on note, en milieu urbain, une baisse de la demande totale satisfaite (38 % en 1995-1996 à 36 % en 2001 et 32 % en 2006) (cf. tableau 2) et une augmentation suivie d'une stagnation en milieu rural (12 % en 1995-1996 à 15 % en 2001 et 14 % en 2006), augmentation et stagnation qui pourraient s'expliquer par le renforcement des activités de sensibilisation communautaire en matière de planification familiale. Par ailleurs, la comparaison des résultats des enquêtes fait apparaître, en milieu urbain, une augmentation de la proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits, de 27 % en 1995-1996 à 31 % en 2001 et à 32 % en 2006. L'augmentation entre 1995/1996 et 2006 serait donc de 5 points de pourcentage. De même, en milieu rural, les besoins non satisfaits ont aussi augmenté entre 1995-1996 et 2006 d'environ 6 points de pourcentage (de 25 % à 28 % et à 31 %). En outre, on note que la proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits pour espacer a augmenté en milieu urbain, passant de 20 % en 1995-1996 à 22 % en 2001 et à 25 % en 2006. Par contre, en milieu rural, cette proportion n'a quasiment pas changé (environ 20 % de 1995 à 2006). En ce qui concerne les besoins non satisfaits pour limiter les naissances, on constate qu'ils sont encore très faibles de façon générale au Mali.

Au niveau régional (tableau 3), les résultats montrent que les proportions de femmes dont les besoins en matière de planification familiale sont non satisfaits variaient, en 2006, d'un minimum de 15 % à Tombouctou à 38 % dans la région de Bamako. Il en est de même en ce qui concerne les besoins non satisfaits pour espacer, le niveau variant d'un minimum de 12 % dans la région de Tombouctou à un maximum de 30 % dans celle de Bamako. Les régions de Kayes (11 %), Sikasso (12 %) et Koulikoro (14 %) sont celles qui présentent les niveaux de besoins non satisfaits pour limiter les naissances les plus élevés. Bamako se caractérise par un faible niveau (7 %) en besoins non satisfaits pour limiter les naissances ; ce qui est surprenant car la plupart des services de santé y sont concentrés.

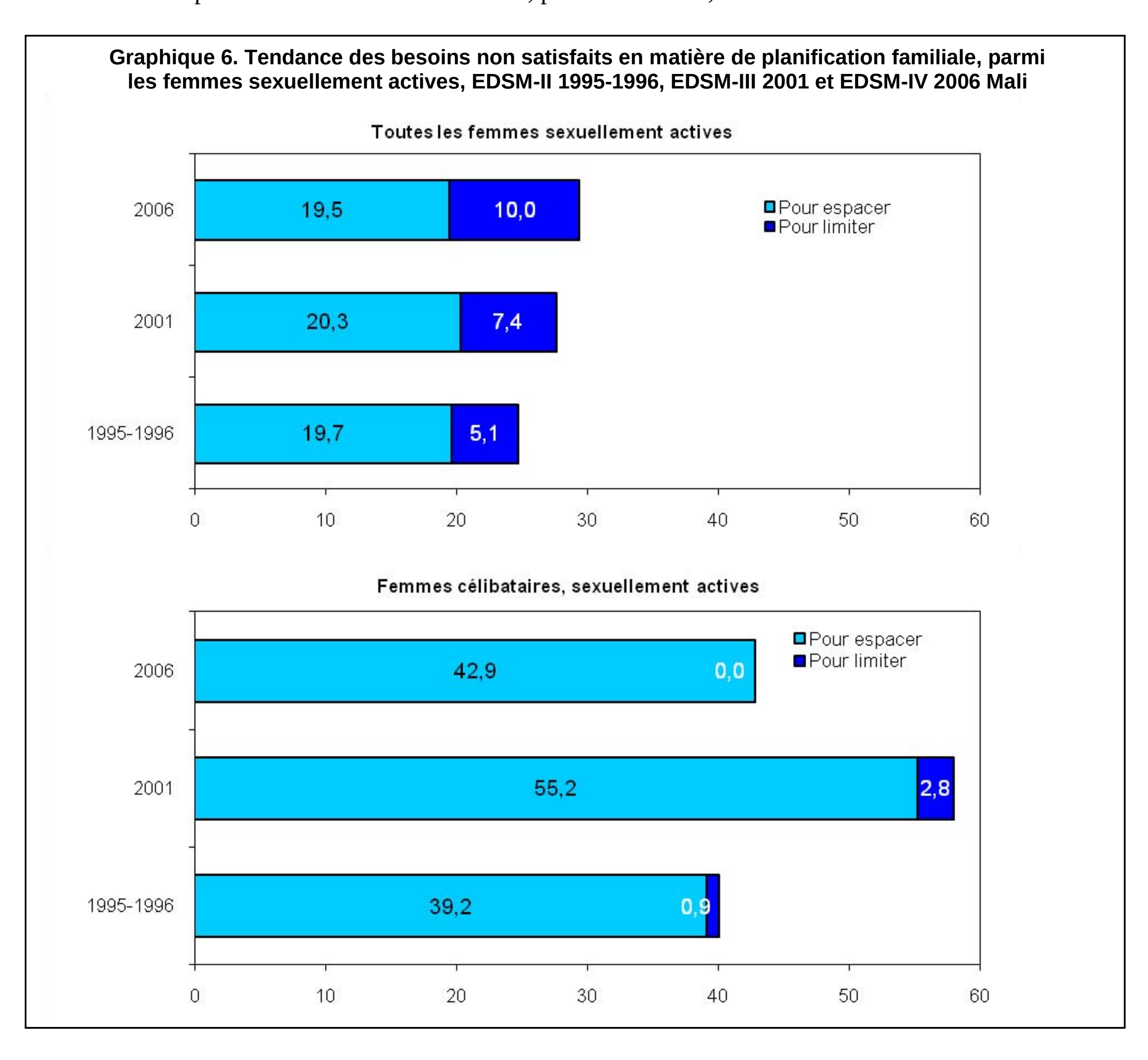
En ce qui concerne la tendance par région de 1995-1996 à 2006, on constate que globalement, l'importance des besoins non satisfaits a augmenté dans les régions de Koulikoro (de 31 % à 36 %), de Sikasso (de 31 % à 33 %), de Ségou (de 23 % à 33 %), de Mopti (de 20 % à 25 %) et enfin de Bamako (de 27 % à 38 %). Ce niveau a baissé, en particulier dans les régions de Tombouctou/Kidal, passant de 32 % à 17 %. À Kayes et Gao, il a plutôt fluctué entre 1995/1996 et 2006. En ce qui concerne le niveau des besoins non satisfaits pour espacer, on note que c'est dans les régions de Koulikoro, Sikasso et surtout dans celle de Tombouctou/Kidal qu'il a diminué. Par contre, il a augmenté dans les régions de Ségou, Mopti et Bamako. La tendance des besoins non satisfaits pour limiter les naissances suit le schéma observé pour l'ensemble des besoins non satisfaits, mais avec des intensités plus faibles.

Les résultats, présentés au tableau 3 montrent qu'en 2006 la proportion de femmes dont la demande en planification familiale est satisfaite variait d'un minimum de 8 % à Mopti à 34 % à Bamako. Par ailleurs, en ce qui concerne la tendance de la demande totale satisfaite, c'est seulement dans les régions de Koulikoro et de Tombouctou/Kidal qu'on observe une augmentation. Dans toutes les autres

régions, y compris Bamako, les résultats font apparaître une tendance à la baisse ou ne montrent aucun changement.

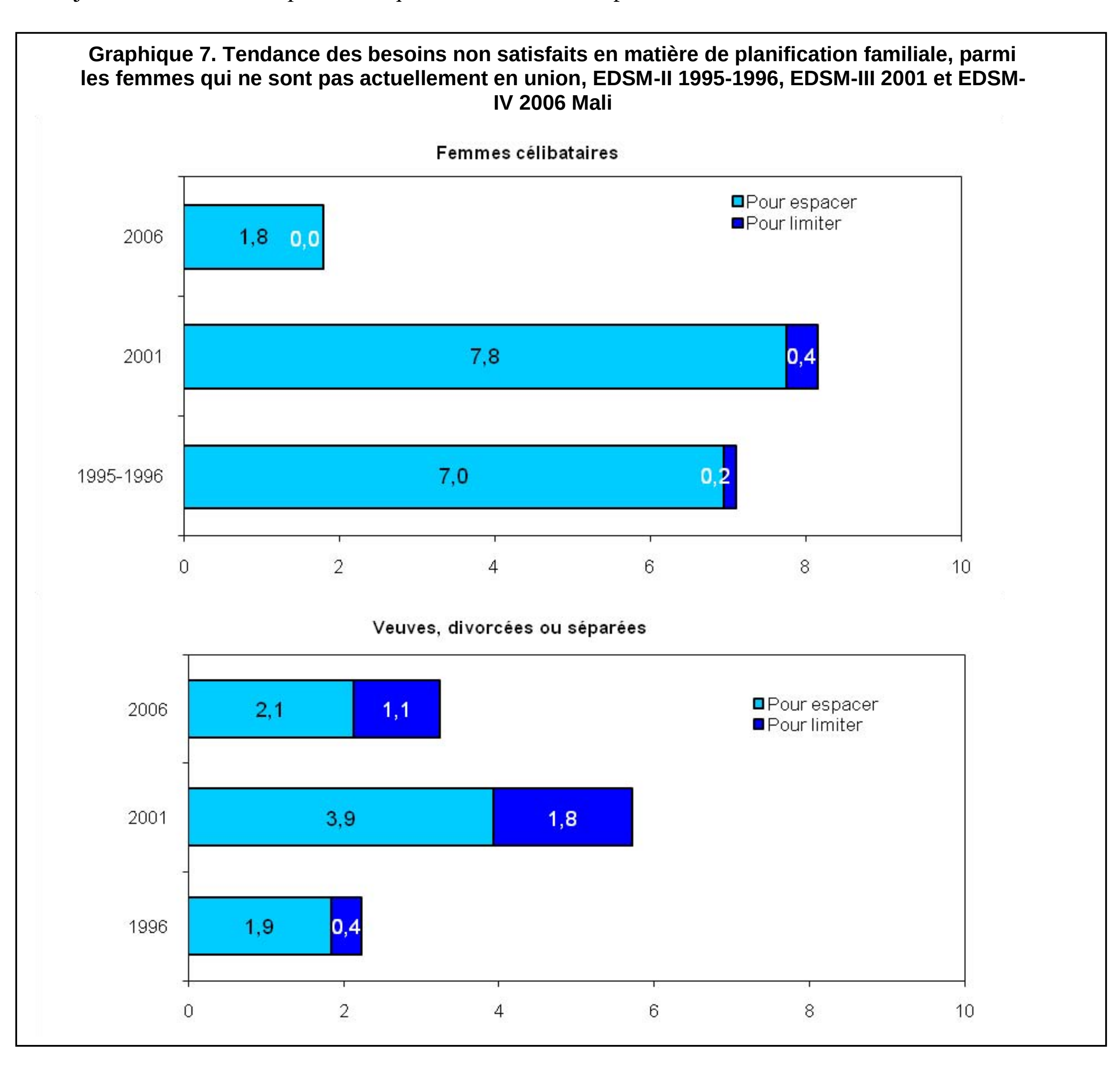
Par ailleurs, lorsqu'on analyse les résultats de 2006 concernant les besoins non satisfaits en fonction des autres catégories de l'état matrimonial, on constate que c'est parmi les femmes célibataires sexuellement actives que le niveau des besoins non satisfaits est le plus élevé (43 %) (graphique 6 et tableau 1) ; Ces besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont quasiment orientés vers l'espacement (43 %). On a vu au tableau 1 que la demande totale pour ces femmes, dont la prévalence contraceptive était de 39 %, atteignait 81 %. Parmi les femmes en rupture d'union, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale étaient estimés, en 2006, à 3 %. La comparaison des résultats des trois EDSM montre que, parmi l'ensemble des femmes sexuellement actives, le niveau des besoins non satisfaits en matière de planification familiale a peu varié, puisqu'il est passé de 25 % en 1995-1996 à 28 % en 2001 et 29 % en 2006. L'augmentation entre 1995-1996 et 2006 serait donc de 4 points de pourcentage. Par contre, parmi les femmes célibataires mais sexuellement actives, le niveau des besoins non satisfaits en matière de planification familiale a augmenté entre 1995-1996 et 2001, passant de 40 % à 58 % puis diminué entre 2001 et 2006, passant de 58 %, à 43 %.

Graphique 6. Tendance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, parmi les femmes sexuellement actives, EDSM-II 1995-1996, EDSM-III 2001 et EDSM-IV 2006 Mali



On observe le même type d'évolution parmi les femmes célibataires. En effet, les résultats présentés au graphique 7 ne font pas apparaître de changement entre 1995-1996 et 2001 (de 7 % à 8 %). Par contre, entre 2001 et 2006, on observe une diminution de la proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits, la proportion étant passée de 8 % à 2 % (graphique 7). Chez les femmes veuves, divorcées ou séparées, on observe le même schéma de tendance. En outre, il ressort nettement chez les femmes qui ne sont plus en union, que 2 % éprouvaient en 1995/1996 des besoins pour espacer les naissances, tandis qu'en 2001, cette proportion était de 4 % et de 2 % en 2006. En ce qui concerne les besoins pour limiter, la même fluctuation est observée de 1995/1996 à 2006. Encore une fois, les besoins non satisfaits pour limiter les naissances sont encore très faibles de façon générale au Mali, aussi bien chez les femmes qui n'ont jamais été en union que celles qui sont en union rompues.

Graphique 7. Tendance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, parmi les femmes qui ne sont pas actuellement en union, EDSM-II 1995-1996, EDSM-III 2001 et EDSM-IV 2006 Mali



4 CARACTÉRISTIQUES DES BESOINS NON SATISFAITS ET RAISONS DE NON UTILISATION D'UNE MÉTHODE DE PF À L'EDSM 2006

4.1 Caractéristiques des besoins non satisfaits en méthodes de PF en 2006 au Mali

Il s'agit ici d'examiner les caractéristiques qui affectent le niveau des besoins non satisfaits en planification familiale chez les femmes maliennes.

4.1.1 Caractéristiques individuelles des femmes

Le tableau 4 présente les proportions de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, que ce soit pour espacer ou pour limiter, en fonction de certaines caractéristiques individuelles des femmes. Ces informations proviennent de l'EDSM-IV réalisée en 2006.

Le niveau des besoins non satisfaits en matière de planification familiale des femmes en union varie de manière importante selon les caractéristiques des femmes (tableau 4). Tout d'abord, en fonction de l'âge, on note que c'est parmi les femmes de 40-44 ans que les besoins en matière de planification familiale sont les plus élevés (41 %) et ils sont essentiellement orientés vers la limitation des naissances (31 %). À l'inverse, parmi les jeunes femmes de 15-19 ans, 35 % ont des besoins en matière de planification familiale mais uniquement pour espacer leur descendance (35 %). Les résultats selon le niveau d'instruction font apparaître un niveau de besoins non satisfaits plus élevé chez les femmes de niveau au moins secondaire (38 %) que parmi les autres. Dans la majorité des cas, ces femmes ont des besoins en matière de planification familiale pour espacer les naissances.

Par ailleurs, il semble que le niveau des besoins non satisfaits en matière de planification familiale augmente avec le nombre d'enfants vivants, passant de 26 % parmi les nullipares à un maximum de 40 % parmi celles ayant au moins cinq enfants. Parmi ces femmes, les besoins sont, en majorité, orientés vers la limitation. Le fait que la femme travaille ou non ne semble pas affecter de manière importante le niveau des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (29 % quand la femme ne travaille pas contre 32 % quad elle travaille).

Par ailleurs, les femmes exposées à au moins deux médias sont proportionnellement plus nombreuses à avoir des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (35 % contre 29 %). Cependant, quel que soit le nombre de médias, ces besoins non satisfaits sont orientés vers l'espacement. Plus d'un tiers des femmes (34 %) ayant entendu un message sur la planification familiale ont des besoins non satisfaits, en majorité pour espacer, contre 28 % parmi les femmes qui n'ont entendu aucun message. Enfin, on note un écart selon la religion, le niveau des besoins non satisfaits étant plus faible parmi les femmes de religion musulmane (31 %) que parmi les autres (35 %).

Tableau 4. Besoins non satisfaits en matière de planification familiale des femmes actuellement en union selon certaines caractéristiques individuelles, EDSM-IV 2006 Mali

Caractéristique	Besoins non satisfaits			Effectif
	Pour l'espacement	Pour la limitation	Ensemble	
Groupe d'âges				
15-19	34,5	0,9	35,4	1 566
20-24	26,6	1,1	27,7	2 402
25-29	23,7	2,0	25,6	2 507
30-34	23,8	6,6	30,4	1 891
35-39	15,5	17,6	33,2	1 642
40-44	9,6	31,2	40,8	1 293
45-49	4,5	28,6	33,1	1 066
Niveau d'instruction				
Aucun	20,2	10,3	30,6	10 156
Primaire	23,9	7,8	31,6	1 278
Secondaire ou +	31,4	6,7	38,1	931
Nombre d'enfants vivants				
0	24,8	0,8	25,6	1 580
1-2	24,4	2,4	26,8	4 041
3-4	22,9	7,8	30,7	3 354
5 ou +	14,8	24,8	39,6	3 392
Emploi actuel			0,0	
Ne travaille pas actuellement	22,2	7,7	29,9	4 447
Travaille actuellement	21,0	11,0	32,0	7 918
Exposition à 2 medias ou +				
Aucun média/ 1 seul média	19,4	10,0	29,4	7 968
2 médias ou +	25,1	9,4	34,5	4 397
Discussion sur les méthodes de PF avec le partenaire				
N'a pas discuté de méthodes de PF avec	20,8	9,7	30,6	8 524
A discuté des méthodes de PF avec le	22,8	9,9	32,7	3 842
Message sur la planification familiale				
Aucun message	18,1	9,9	28,0	5 568
A entendu au moins un message sur la	24,2	9,7	33,9	6 797
Religion				
Musulmane	21,2	9,7	30,9	11 371
Autre/ sans religion	23,9	10,8	34,7	995
Ensemble	21,4	9,8	31,2	12 365

4.1.2 Caractéristiques du ménage et de la résidence

Le tableau 5 présente les mêmes types d'informations que le tableau 4 à la seule différence qu'il concerne les variations du niveau des besoins non satisfaits selon certaines caractéristiques du ménage et de la résidence, comme les quintiles de bien-être économique, le milieu de résidence et la région.

Tableau 5. Besoins non satisfaits des femmes actuellement en union selon certaines caractéristiques du ménage et de la résidence, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Besoins non satisfaits			Effectif
	Pour l'espacement	Pour la limitation	Ensemble	
Quintile de bien-être économique du ménage				
Le plus pauvre	21,3	10,4	31,7	2 351
Second	19,4	11,2	30,6	2 482
Moyen	19,4	11,4	30,8	2 468
Quatrième	20,8	8,5	29,4	2 464
Le plus riche	26,0	7,6	33,6	2 600
Milieu de résidence				
Urbain	25,3	7,1	32,4	3 803
Rural	19,7	11,0	30,7	8 563
Région				
Kayes	14,6	11,2	25,9	1 752
Koulikoro	22,6	13,7	36,3	2 007
Sikasso	21,1	12,2	33,2	2 152
Ségou	23,2	9,9	33,1	2 036
Mopti	19,3	5,5	24,8	1 708
Tombouctou	12,0	3,4	15,4	584
Gao	25,0	9,1	34,1	520
Kidal	26,4	6,9	33,3	42
Bamako	30,3	7,3	37,6	1 564
Ensemble	21,4	9,8	31,2	12 365

Les résultats selon les quintiles ne font pas apparaître de variations importantes des besoins non satisfaits en matière de planification familiale parmi les femmes en union. En effet, les pourcentages varient d'un minimum de 29 % dans le quatrième quintile à un maximum de 34 % dans le quintile le plus riche. Les besoins pour l'espacement et la limitation ne varient pas non plus de manière très importante. Selon le milieu de résidence, on constate également peu de variations importantes : 32 % en urbain contre 31 % en milieu rural. Dans les régions, les écarts sont un peu plus importants, la proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale variant d'un minimum de 15 % dans la région de Tombouctou à un maximum de 38 % dans celle de Bamako.

4.2 Raisons de non utilisation de méthodes de PF en 2006 au Mali

L'analyse de ces raisons concerne spécifiquement les femmes ayant des besoins non satisfaits et qui n'ont pas l'intention d'utiliser une méthode de contraception dans le futur. Ces raisons sont présentées au tableau 6 en fonction du quintile de bien-être économique.

Tableau 6. Raisons de non utilisation de méthodes de PF par les femmes actuellement en union, qui n'ont pas l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans le futur, par quintile de bien-être économique, EDSM-IV Mali 2006

	Quintile de bien-être économique du ménage					
Raisons	Le plus pauvre	Second	Moyen	Quatrième	Le plus riche	Ensemble
Raisons liées à la fécondité						
Rapports sexuels peu fréquents	3,2	2,4	2,5	2,8	2,7	2,7
Ménopause/hystérectomie	3,2	3,8	2,4	1,9	2,2	2,7
Inféconde	10,9	10,1	8,3	8,8	7,6	9,2
Veut autant d'enfants que possible	12,7	19,7	16,4	20,4	19,1	17,6
Opposition à l'utilisation						
Enquêtée opposée	23,2	22,2	22,7	19,4	23,7	22,1
Mari/partenaire opposé	9,0	8,8	9,3	10,2	6,9	9,0
Autre personne opposée	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
Interdits religieux	3,6	4,4	5,9	5,9	4,8	5,0
Connaissance d'une méthode/source						
Aucune méthode	10,3	6,8	9,9	11,2	3,4	8,6
Aucune source	5,5	5,5	5,6	3,9	1,5	4,6
Raisons liées à la méthode						
Problème de santé	3,9	4,8	4,9	3,9	11,6	5,5
Peur des effets secondaires	3,0	2,8	3,7	3,6	8,3	4,1
Pas accessible/ trop éloigné	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
Trop chère	0,7	0,9	0,6	0,1	0,3	0,5
Pas pratique à utiliser	0,4	0,4	0,3	0,6	0,3	0,4
Interfère avec fonctionnement du corps	3,6	2,8	2,6	3,9	2,8	3,2
Autre	3,0	2,4	1,5	1,0	2,2	2,0
NSP	3,8	1,5	3,0	2,3	2,0	2,5
ND	0,1	0,4	0,2	0,2	0,5	0,3
Effectif	1 231	1 287	1 358	1 347	966	6 189

Globalement, on constate que, dans 22 % des cas, c'est principalement parce qu'elles sont opposées à l'utilisation de la contraception que les femmes n'ont pas l'intention d'utiliser une méthode de planification des naissances dans le futur. Dans 18 % des cas, les femmes justifient cette décision par le désir d'avoir davantage d'enfants. En outre, 13 % des femmes n'ont pas l'intention d'utiliser, dans l'avenir une méthode de planification, car elles manquent d'information sur les méthodes et sur leurs sources d'approvisionnement. On constate que l'opposition du mari n'est mentionnée que dans seulement 9 % des cas et les interdits religieux n'ont été cités que par 5 % des femmes. En outre, on ne constate pas de différence vraiment importante en fonction du quintile de bien-être économique.

5 FACTEURS EXPLICATIFS DES VARIATIONS DES BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE, À L'EDSM 2006

L'objectif de cette étude est d'isoler les facteurs qui influencent le niveau des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali. Cependant dans la mesure où ces résultats doivent être utiles à l'élaboration de programmes adéquats et appropriés dans le cadre d'une bonne politique de population au Mali, nous nous intéresserons en priorité aux facteurs déterminants susceptibles de changer dans le cadre d'un programme adéquat en planification familiale.

Pour déterminer, parmi toutes ces caractéristiques démographiques, socio-économiques et géographiques celles qui ont l'impact le plus important sur les niveaux des besoins non satisfaits au Mali, nous avons effectué une analyse multivariée. L'analyse s'appuiera sur les données de l'EDSM-IV réalisée en 2006.

Les résultats des analyses multivariées des besoins non satisfaits parmi les femmes en union sont présentés aux tableaux 7 et 8.

5.1 Influence des caractéristiques individuelles des femmes sur les besoins non satisfaits en PF

Le tableau 7 met en évidence l'influence de certaines caractéristiques des femmes sur l'importance de leurs besoins non satisfaits en matière de planification des naissances.

Tableau 7. Parmi les femmes actuellement en union, rapport de risque des besoins non satisfaits en PF par composante et seuil de significativité pour certaines caractéristiques individuelles, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristiques	Besoin non satisfait en PF — Pour l'espacement: Rapport de risque	Seuil de significativité (valeurs de p)		Pour la limitation: Rapport de risque	Seuil de significativité (valeurs de p)		Ensemble: Rapport de risque	Seuil de significativité (valeurs de p)	
Groupe d'âges									
15-19[R]	1,00	—		1,00	—		1,00	—	
20-24	0,57	0,000	***	0,69	0,326		0,57	0,000	***
25-29	0,41	0,000	***	0,79	0,541		0,41	0,000	***
30-34	0,40	0,000	***	2,13	0,034	**	0,43	0,000	***
35-39	0,26	0,000	***	4,95	0,000	***	0,43	0,000	***
40-44	0,18	0,000	***	10,87	0,000	***	0,62	0,000	***
45-49	0,07	0,000	***	9,26	0,000	***	0,43	0,000	***
Niveau d'instruction									
Aucun[R]	1,00	—		1,00	—		1,00	—	
Primaire	1,03	0,764		0,82	0,150		0,97	0,682	
Secondaire ou plus	1,46	0,004	***	1,04	0,872		1,39	0,011	**
Nombre d'enfants									
0[R]	1,00	—		1,00	—		1,00	—	
1-2	1,37	0,002	***	3,05	0,002	***	1,40	0,001	***
3-4	2,06	0,000	***	6,30	0,000	***	2,22	0,000	***
5 ou +	2,25	0,000	***	11,56	0,000	***	3,22	0,000	***
Emploi actuel									
Ne travaille pas actuellement[R]	1,00	—		1,00	—		1,00	—	
Travaille actuellement	1,11	0,119		0,95	0,557		1,04	0,548	
Exposition à 2 medias ou +									
Aucun média/ 1 seul média[R]	1,00	—		1,00	—		1,00	—	
2 médias ou +	1,09	0,248		1,25	0,025	**	1,14	0,052	*
Discussion des méthodes de PF avec le partenaire									
N'a pas discuté de méthodes de PF avec le partenaire[R]	1,00	—		1,00	—		1,00	—	
A discuté des méthodes de PF avec le partenaire	0,86	0,044	**	1,00	0,993		0,90	0,102	
Message sur la planification familiale dans les médias									
Aucun message[R]	1,00	—		1,00	—		1,00	—	
A entendu au moins un message sur la planification familiale	1,36	0,000	***	0,98	0,819		1,25	0,000	***
Religion									
Musulmane	1,00	—		1,00	—		1,00	—	
Autre/ sans religion	1,11	0,245		0,97	0,832		1,07	0,420	
Effectif				12 324					

[R] - Catégorie de référence
* valeurs de p <0,1, ** valeurs de p <0,05, *** valeurs de p <0.01

En ce qui concerne les besoins non satisfaits pour l'espacement des naissances, l'analyse montre que, par rapport aux jeunes femmes de 15-19 ans, les femmes plus âgées seraient de deux à huit fois moins susceptibles d'avoir des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Les besoins non satisfaits pour espacer les naissances seraient donc plus importants parmi les femmes de 15-19 ans, et, de plus, avec l'avancement en âge, les femmes seraient moins susceptibles d'éprouver des besoins en matière de planification familiale pour espacer leurs naissances. Pour ce qui concerne les besoins non satisfaits pour limiter, aucune tendance nette ne se dégage en fonction de l'âge des femmes. Toutefois, on

note que le risque d'avoir des besoins non satisfaits pour limiter les naissances est de deux à dix fois plus élevé chez les femmes à partir de 30 ans et plus par rapport au groupe de référence 15-19 ans.

Le niveau d'instruction constitue un facteur déterminant d'accroissement du risque d'avoir des besoins non satisfaits pour espacer. En effet, le risque d'avoir des besoins non satisfaits pour espacer est plus faible de 46 % chez les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus par rapport à la catégorie des femmes sans instruction (RR=1,46 avec p=0,004). En ce qui concerne les besoins non satisfaits pour limiter les naissances, les seuils ne sont pas significatifs.

En ce qui concerne le nombre d'enfants vivants, on constate que par rapport aux nullipares, toutes les femmes qui ont des enfants sont plus susceptibles d'avoir des besoins non satisfaits, que ce soit pour espacer ou pour limiter leurs naissances. En effet, les femmes qui ont 1-2 enfants ont un risque supérieur de 37 % d'avoir des besoins non satisfaits pour espacer et leur risque d'avoir des besoins pour limiter est trois fois plus élevé que celui des femmes sans enfant (RR=1,37 avec p=0,002). Les femmes qui ont 3-4 enfants sont deux fois plus exposées aux besoins non satisfaits pour espacer les naissances et plus de 6 fois plus exposées aux besoins non satisfaits pour limiter les naissances. Enfin, celles qui ont 5 enfants ou plus, sont respectivement plus de deux fois plus exposées aux besoins non satisfaits pour espacer et 12 fois pour les besoins non satisfaits pour limiter. Ainsi, au Mali, le risque que les besoins en matière de planification familiale ne soient pas satisfaits augmente avec la parité. L'importance des besoins non satisfaits, que ce soit pour espacer les naissances, ou que ce soit pour les limiter, est donc significativement associé avec le nombre d'enfants vivants de la femme.

Par contre, les résultats concernant l'emploi actuel exercé par les femmes, ou la religion musulmane, ne font apparaître aucune association significative, que ce soit pour espacer ou limiter les naissances.

En ce qui concerne l'exposition aux médias, l'analyse montre une association significative entre le risque d'avoir des besoins non satisfaits pour limiter seulement et l'exposition à deux média ou plus : en effet, le risque des femmes d'avoir des besoins non satisfaits pour limiter est supérieur de 25 % par rapport à celles qui n'ont été exposées à aucun média ou à un seul .

Les résultats concernant la discussion des méthodes de planification familiale montrent que seul les besoins non satisfaits pour espacer les naissances sont significativement associés. En effet, le risque d'avoir des besoins non satisfaits pour espacer les naissances est 14 % plus faible parmi les femmes qui ont discuté de méthodes de PF avec leurs partenaires par rapport à celles qui n'en ont pas discuté (RR=0,86 avec p=0,044).

En ce qui concerne l'exposition aux messages sur la planification familiale, l'analyse met en évidence une association significative entre les besoins non satisfaits pour espacer et le fait d'avoir entendu au moins un message sur la planification familiale. En effet, par rapport aux femmes qui n'ont entendu aucun message, celles qui en ont entendu au moins un ont un risque d'avoir des besoins pour espacer leurs naissances supérieurs de 36 % (RR=1,36 avec p=0,000).

Ainsi, parmi les caractéristiques des femmes qui influencent significativement les besoins non satisfaits des femmes au Mali, qu'il soit pour espacer ou pour limiter les naissances, on peut retenir l'âge des femmes et le nombre d'enfants vivants. Par contre, le niveau d'instruction, la discussion concernant l'utilisation de méthodes de PF avec le partenaire et l'exposition aux messages sur la planification familiale n'influencent, de manière significative, que les besoins non satisfaits pour espacer les naissances. L'exposition aux média n'a un effet significatif que sur les besoins non satisfaits pour limiter les naissances. L'étude a montré que l'emploi des femmes et la religion ne présente aucun effet significatif sur les besoins non satisfaits.

5.2 Influence des caractéristiques du ménage et de la résidence sur les besoins non satisfaits en PF

Le tableau 8 met en évidence l'influence de certaines caractéristiques de la résidence et du ménage sur l'importance des besoins non satisfaits en matière de planification des naissances des femmes maliennes.

Tableau 8. Parmi les femmes actuellement en union, rapport de risque des besoins non satisfaits en planification familiale, par composante et seuil de significativité pour certaines caractéristiques du ménage et de la résidence, EDSM-IV Mali 2006

	Besoins non satisfaits en PF, EDSM-IV Mali								
	Pour l'espacement			Pour la limitation			Ensemble		
Caractéristiques	Rapport de risque	Seuil de significativité (valeurs de p)		Rapport de risque	Seuil de significativité (valeurs de p)		Rapport de risque	Seuil de significativité (valeurs de p)	
Quintile de bien-être économique du ménage									
Le plus pauvre[R]	1,00	—		1,00	—		1,00	—	
Second	0,93	0,395		1,26	0,062	*	1,02	0,744	
Moyen	0,87	0,134		1,57	0,000	***	1,04	0,580	
Quatrième	0,84	0,072	*	1,32	0,047	**	0,97	0,725	
Le plus riche	0,72	0,052	*	1,44	0,077	*	0,88	0,371	
Milieu de résidence									
Urbain[R]	1,00	—		1,00	—		1,00	—	
Rural	0,91	0,390		1,68	0,000	***	1,07	0,500	
Région									
KayesR	1,00	—		1,00	—		1,00	—	
Koulikoro	1,86	0,000	***	1,17	0,277		1,59	0,000	***
Sikasso	1,59	0,000	***	1,12	0,425		1,41	0,000	***
Ségou	1,89	0,000	***	0,82	0,192		1,44	0,000	***
Mopti	1,65	0,001	***	0,36	0,000	***	1,04	0,761	
Tombouctou	0,88	0,371		0,21	0,000	***	0,57	0,000	***
Gao	2,39	0,000	***	0,85	0,414		1,70	0,000	***
Kidal	2,05	0,007	***	1,02	0,957		1,58	0,050	*
Bamako	2,50	0,000	***	1,20	0,428		2,01	0,000	***
Effectif				12 324					

[R] - Catégorie de référence

* valeurs de p <0,1, ** valeurs de p <0,05, *** valeurs de p <0,01

En ce qui concerne les quintiles de bien-être économique du ménage, l'analyse ne fait pas apparaître d'association significative. Par contre, on note une association significative entre le milieu rural et le risque d'avoir des besoins non satisfaits pour limiter les naissances : en effet, par rapport aux femmes du milieu urbain, celles du milieu rural sont plus susceptibles d'avoir des besoins non satisfaits pour limiter leurs naissances (RR=1,68 avec p=0,000).

Dans une certaine mesure, le facteur région est significativement associé au risque d'avoir des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, surtout pour espacer les naissances. Par rapport aux femmes de la région de Kayes, qui constitue la catégorie de référence, les femmes de toutes les autres régions, à part Tombouctou, sont plus susceptibles d'avoir des besoins non satisfaits pour espacer les naissances. En particulier, par rapport aux femmes de la région de Kayes, celles des régions de Gao, Kidal et Bamako sont plus de deux fois plus susceptibles d'avoir des besoins non satisfaits pour espacer les naissances. Dans les régions de Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti, les femmes ont des risques de besoins non satisfaits supérieurs de 59 % à 89 % par rapport au risque des femmes de Kayes. En ce qui concerne les besoins non satisfaits pour limiter les naissances, seules les femmes des régions de

Mopti et de Tombouctou courent des risques significativement plus faibles par rapport au risque des femmes de Kayes. Pour les autres régions, les risques ne sont pas significatifs.

Ainsi parmi les caractéristiques du ménage et de la résidence, seul le milieu de résidence présenterait une influence significative sur les besoins non satisfaits pour limiter les naissances ; le facteur région agirait de manière significative sur les besoins non satisfaits pour espacer.

6 CONCLUSIONS

Au Mali, le niveau de la pratique contraceptive n'a pratiquement pas augmenté entre les enquêtes de 1995-1996, 2001 et 2006. Dans la même période, le pourcentage de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale n'a que légèrement augmenté. Parmi les éléments explicatifs de cette situation, cette étude a montré le rôle significatif de certaines caractéristiques individuelles de la femme comme l'âge et le nombre d'enfants. En effet, les jeunes femmes de 15-19 ans sont plus susceptibles d'avoir des besoins non satisfaits en matière de planification familiale pour espacer leurs naissances que les femmes plus âgées ; en outre, ce risque de besoins non satisfaits diminue avec l'avancement en âge des femmes. À l'opposé, le risque d'avoir des besoins non satisfaits pour limiter les naissances est de deux à dix fois plus élevé chez les femmes à partir de 30 ans et plus par rapport au groupe de référence 15-19 ans. D'autre part, par rapport aux nullipares, toutes les femmes qui ont des enfants sont plus susceptibles d'avoir des besoins non satisfaits, que ce soit pour espacer ou pour limiter leurs naissances. Contrairement à toute attente, le niveau d'instruction des femmes n'influence, de manière significative que l'importance des besoins non satisfaits pour espacer les naissances, mais pas pour les limiter. L'exposition aux média n'affecte, de manière significative, que les besoins non satisfaits pour limiter les naissances. Par contre, l'étude a montré que l'emploi des femmes et la religion ne présentaient pas d'impact significatif sur l'importance des besoins non satisfaits.

L'analyse de certaines caractéristiques du ménage et de la résidence a mis en évidence l'influence significative du milieu de résidence sur l'importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale pour limiter les naissances. En effet, par rapport aux femmes du milieu urbain, celles du milieu rural sont plus susceptibles d'avoir des besoins non satisfaits pour limiter leurs naissances. Quant au facteur région, il n'agirait de manière significative que sur les besoins non satisfaits pour espacer : les femmes des régions de Gao, Kidal et Bamako sont plus de deux fois plus susceptibles d'avoir des besoins non satisfaits pour espacer les naissances que les femmes de la région de Kayes qui constitue la catégorie de référence.

Les facteurs susceptibles d'agir de manière significative sur le niveau des besoins non satisfaits, tels qu'ils ont été mis en évidence par l'analyse conduite dans cette étude, devrait donc être pris en compte par les autorités pour mettre en place des programmes de planification familiale adaptés au contexte du Mali. Les actions à entreprendre doivent porter sur la planification familiale dont l'objectif est non seulement orienté vers l'espacement des naissances, mais aussi vers leur limitation. Des actions urgentes sont nécessaires dans le domaine de la planification familiale, en particulier sur les besoins non satisfaits, car de manière indirecte, le recours à la planification familiale, pourrait avoir pour conséquence une réduction de la mortalité des enfants au Mali.

RÉFÉRENCES

Dixon-Mueller R. et Germain A. (1992). *Stalking the elusive "unmet need" for family planning*. Studies in Family Planning 23(5): 330-335.

Leridon H. et Toulemon L. (1996). *La régularisation des naissances se généralise*. Les dossiers du CEPED 41:19.

Mauldin W.P. et Ross J. A. (1991). *Family planning programs: efforts and results, 1982-1989.* Studies in Family Planning 22(6): 350-367.

Nortman D.L. et Lewis G.L. (1984). *Unmet Need and Family Planning Programs.* Studies in Family Planning 15(1): 1-13.

Pritchett L.H. (1994). *"Desired fertility and the impact of population policies".* Population and Development Review 20(1): 1-55.

Stokes B. (1977). *Filling the family planning gap*. Washington : Worldwatch Institute. Edition, 54 p.

Westoff C.F. (1998). *The potential demand for family planning: A new measure of unmet need and estimates for five Latin American Countries*. International Family Planning Perspectives 14(2): 45-53.

Westoff C.F. et Pebly A. R. (1981). *Alternative measure of unmet need for family planning in developing countries.* International Family Planning Perspectives 7(4): 126-136.

Westoff C.F. et Bankole A. (1995). *Unmet Need 1990-1994*. Demographic and Health Surveys Comparative Studies No.16. Calverton, Maryland, USA : Macro International Inc.

Zguiouar A. (1999). *Planification familiale au Maroc: Besoins non satisfaits. In* "Regard sur la fécondité, la santé et la planification familiale au Maroc". Calverton, Maryland, USA : Ministère de la Santé [Maroc] et Macro International Inc, pp. 93-110.